

Contribution à l'Etude
DU
TRAITEMENT DU
Cancer Primitif de l'Urètre
CHEZ LA FEMME
(Du cancer total et de son traitement)

T H È S E
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Mars 1911
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
HENRI JACQUARD
Né à Besançon, le 11 février 1881



LYON
IMPRIMERIE DE LA « REVUE JUDICIAIRE »
23, Rue Claudia, 23

—
1911

Contribution à l'Etude

DU TRAITEMENT

DU CANCER PRIMITIF DE L'URÈTRE

CHEZ LA FEMME

(Du cancer total et de son traitement)

Contribution à l'Etude

DU

TRAITEMENT DU

Cancer Primitif de l'Urètre

CHEZ LA FEMME

(Du cancer total et de son traitement)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Mars 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI JACQUARD

Né à Besançon, le 11 février 1881



LYON

IMPRIMERIE DE LA « REVUE JUDICIAIRE »

23, Rue Claudia, 23

1911



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYON.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE
LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEIL.
Chimie organique et toxicologie	POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P).
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	X.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUG.	J. LEPINE.	LATARJET.	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	LERICHE.	ARLOING (F.)
COMMANDEUR.	Etienne MARTIN.	BRETIN.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, Président ; LAROYENNE, assesseur ;
MM. LERICHE et TAVERNIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SCEURS

A MA COUSINE STÉPHANIE

Faible témoignage d'affection et
de reconnaissance.

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

A MONSIEUR LE DOCTEUR LERICHE

AVANT-PROPOS

En terminant nos études, il nous reste un devoir bien doux à remplir, celui de remercier nos honorés maîtres qui tant à la Faculté que dans les Hôpitaux nous ont fait bénéficier chaque jour de leur savoir et de leur expérience.

Nous remercierons tout particulièrement Monsieur le Docteur Leriche à l'inspiration duquel nous devons ce travail et qui a bien voulu nous aider à l'accomplir de ses généreux conseils, et avec une très grande amabilité.

Qu'il nous soit permis enfin d'adresser nos plus vifs remerciements à Monsieur le Professeur Rochet, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION & DIVISION

L'idée de ce travail nous a été suggérée par Monsieur le docteur Leriche, au sujet d'une malade entrée dans le service de Monsieur le professeur Poncet et qui fut opérée le 8 février 1911.

Cette pauvre femme avait un épithélioma total de l'urètre avec envahissement de la paroi vaginale. Jeune encore, elle réclamait une intervention radicale, préférant risquer le tout pour le tout.

Quelle devait être, et quelle pouvait être cette intervention ?

C'est ce que nous avons vu discuter longuement à la clinique, et c'est ce qu'il nous a paru intéressant de rapporter.

Dans un premier chapitre, nous essayons de rapporter avec le plus d'exactitude possible, l'histoire de l'épithélioma de l'urètre chez la femme.

Vient ensuite l'observation détaillée de la malade, suivie de la description de l'opération qu'elle a subie.

Après quelques considérations anatomiques sur l'urètre de la femme, nous résumerons, dans les chapitres suivants, l'Étiologie, la Symptomatologie, le Diagnostic et le Pronostic de l'Epithelioma primitif de la région qui nous intéresse.

Enfin, dans un dernier chapitre, concernant le traitement, après avoir exposé les différentes méthodes opératoires préconisées jusqu'à nos jours, dans les cas de cancer de l'urètre, nous indiquerons la conduite que l'on peut tenir en présence d'un cancer total, quand il faut sacrifier le col vésical et parfois la vessie toute entière.

HISTORIQUE

Le cancer primitif de l'urètre est une affection rare chez la femme. Elle est considérée comme exceptionnelle.

Cependant nous trouvons un certain nombre d'observations que des auteurs avant nous ont publiées.

C'est en 1844, que pour la première fois, le professeur Ribieri (de Turin), publie l'observation d'une femme qu'il avait opérée d'un cancer urétral.

En 1852, Jarjavay dans son traité d'anatomie chirurgicale, signale l'existence de tumeurs de la face interne de l'urètre. Il les qualifie de très rares et cite le cas d'une femme atteinte de cette affection et morte plus tard de généralisation cancéreuse.

Melchioris, en 1869, rapporte quatre observations avec un diagnostic histologique.

En 1895, Monsieur Wassermann publie un travail très documenté sur l'épithélioma primitif de l'urètre chez la femme et réunit vingt-quatre observations.

Signalons également les thèses de Lahaye, en

1888 ; de Soullier, en 1889 et de Serpht, en 1901 : les articles des traités classiques : celui de Legueu (*In Le Dentu et Delbet*), celui de Michaux (dans Duplay et Reclus), celui de Pousson, dans son Précis des Maladies des Voies Urinaires. Viennent enfin, la thèse de Zeitler, le travail de Ehrendorfer qui, le premier, distingue les épithéliomas de l'urètre en urétraux proprement dits et para-urétraux. Il nous reste à mentionner les travaux de Karaki, de Perey et de Mac Murtry.

Enfin, dans un mémoire récent, Tanton a fait une synthèse générale de tous ces travaux.

OBSERVATION

Diagnostic. — Cancer total de l'urètre chez une syphilitique. — Extension au vagin. — Ablation abdomino-périnéale de l'urètre, de la vessie, de l'utérus et du vagin.

Madame S..., 39 ans, entre le 9 décembre 1910, dans le service de Monsieur le professeur Poncet pour des troubles urinaires.

Antécédents. — Elle a toujours été bien portante, n'accuse aucune maladie, n'a pas eu d'enfants, pas de fausse-couche. — Elle est actuellement parfaitement réglée.

Il y a deux ans, elle présente de la dysphagie prolongée et de la douleur dans l'arrière gorge. — Elle fut, à ce moment là, examinée par Monsieur le docteur Thevenot, qui lui fit suivre un traitement mixte, grâce auquel tous les accidents disparurent rapidement. — Le traitement n'a pas été prolongé; aucun accident n'est survenu depuis.

Il y a un mois, elle s'aperçut qu'elle perdait

un peu de sang à la suite de ses règles. — Elle crut tout d'abord qu'il s'agissait tout simplement de troubles menstruels, puis, comme ces troubles persistaient, elle s'examina elle-même avec une glace, et se rendit compte que l'écoulement sanguin se faisait par l'urètre.

Quelques temps après, elle s'aperçut que ses urines étaient troubles et que la fin de la miction était représentée par un dépôt purulent.

Il y a trois jours, enfin, elle fut prise d'une longue rétention d'urine qui l'obligea à se faire sonder.

C'est alors, seulement, qu'elle vit un médecin qui l'adressa à l'Hôtel-Dieu. — A l'examen, à cette époque, on constatait qu'il s'agissait d'une petite femme maigre, ayant l'air d'avoir une santé très satisfaisante pour laquelle l'examen ne révélait aucune tare viscérale ou autre, et qui, notamment, n'avait d'adénopathie nulle part.

A l'examen de la vulve, on aperçoit, au niveau du méat, une petite ulcération rouge, siégeant manifestement sur l'urètre et qui saigne un peu au toucher.

Le toucher vaginal montre une induration sur la paroi antérieure du vagin, qui correspond manifestement à tout l'urètre induré. — A part cela, du reste, l'utérus et les annexes sont sains.

Le cathétérisme est facile; l'urètre est plutôt un peu agrandi, la vessie ne renferme aucun calcul; on n'y perçoit aucune tumeur, l'urine d'abord claire sort ensuite très purulente.

Devant ces signes, Monsieur Leriche pense tout d'abord à un épithélioma de l'urètre, mais étant donnée l'histoire antérieure montrant manifestement une syphilis, la malade est soumise au traitement mixte (injections de biiodure de mercure et à de simples lavages vésicaux).

Au bout de la troisième injection, il y eut une amélioration évidente : l'ulcération vulvaire diminue, la malade se sent mieux, si bien qu'au bout d'une quinzaine de jours on la renvoie chez elle où son médecin doit lui continuer le traitement biioduré et les lavages vésicaux.

Ce traitement fut poursuivi pendant quinze jours, l'amélioration paraissant continuer ; puis, on ne sait pour quelle cause, il fut interrompu.

La malade, à ce moment reprit ses urétrorrhagies et ses urines devinrent plus purulentes ; elle accusa un peu d'incontinence d'urine.

Elle revint donc dans le service de Monsieur Poncet, et, à l'examen, on constata que l'ulcération vulvaire existait toujours, mais très localisée au méat, que l'induration urétrale avait augmenté.

Tout l'urètre examiné au travers de la paroi vaginale antérieure était comme injecté au suif. — D'autre part, l'état général avait un peu fléchi.

Le 1^{er} février, la malade fut cystoscopée et urétroscopée par Monsieur le docteur Gauthier qui constata une infiltration sphacélique de tout l'urètre, donnant l'impression d'un néoplasme qui

avait rongé le col vésical et qui s'étendait jusqu'à l'urètre.

La situation s'aggravant, et deux injections de biiodure de Hg n'ayant donné aucune amélioration, Monsieur Leriche fit, le 3 février, sous anesthésie, une taille vésicale, par la méthode de Trœndelenburg, pour examiner directement l'état de la zone uretro-vésicale et juger de la possibilité d'une intervention radicale réclamée par la malade et sa famille.

Première intervention. — La vessie ouverte fit voir avec la plus grande netteté que le col vésical était transformé en un cratère sphacelé ; le col était, en quelque sorte, rongé par le néoplasme.

Par contre, les deux orifices urétraux sont intacts, On curette tout l'urètre et ce curettage amène une perforation de la paroi vaginale antérieure. Puis, la vessie est fixée à la paroi et on institue des lavages réguliers de la vessie et de l'urètre cureté.

L'examen histologique d'un fragment de l'urètre prélevé lors de l'opération, indique qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

Au bout de cinq jours, le 8 février, devant les instances de la malade, Monsieur Leriche se décide, bien que le cas soit peu favorable, à tenter une ablation.

Deuxième intervention. — Etant donné qu'il s'agit d'un cancer de tout l'urètre, avec perforation du vagin, l'extirpation exige l'urètrectomie, une cystectomie large, et une colpectomie très étendue. Il semble donc qu'il faille terminer l'intervention par

une implantation simoïdienne des deux urètres, puisque le vagin ne peut être utilisé comme déversoir des urines.

D'autre part, l'état psychique de la malade, ne permet pas de faire précéder l'intervention d'une néphrostomie double, pratiquée dans un premier temps qui rendrait l'intervention plus bénigne.

L'opération est donc pratiquée de la façon suivante :

1° La malade étant en position de la taille, l'orifice vulvaire et le méat sont disséqués jusqu'au dessus du releveur : l'urètre est libéré en avant aussi haut que l'on peut, de façon à faciliter au maximum son ablation ultérieure :

2° Après désinfection iodée du pourtour de l'orifice vésical et tamponnement de la vessie, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale, en position de Trendeleburg :

Les ligaments larges sont repérés et coupés au ras de l'utérus, puis, leur feuillet antérieur est incisé de façon à garder une collerette péritonéale aussi étendue que possible. Dans la base du ligament large, on découvre les urètres et on sectionne l'artère utérine aussi bas que possible. Puis, l'utérus est enlevé par une section transversale du col :

3° A partir de la limite inférieure de l'incision abdominale, on taille au ciseau une collerette cutanée, libérant la suture vésico-cutanée ; puis, la vessie est libérée en avant et sur les côtés, jusqu'au plancher périnéal :

L'isolement rétro-pubien saigne très peu, les veines étant à ce niveau thrombosées ;

A ce moment, Monsieur Leriche ouvre la vessie en arrière ; on cherche les orifices urétéraux dans lesquels on fait pénétrer une sonde urétérale. Il paraît impossible, à cause de l'extension du néoplasme, de conserver en un seul bloc la zone inter-urétérique en totalité. On libère donc simplement une collerette vésicale autour de chaque urètre ;

4° La vessie et l'urètre étant libres en avant et sur les côtés, on détache le vagin latéralement et en arrière, en terminant par la section des liens vagino-rectaux. La masse totale est alors libre et on enlève en un seul bloc la vessie, l'urètre et le vagin ;

Tout ceci a été conduit sans perte de sang notable, avec ligature de six ou sept pédicules vasculaires seulement, et n'a demandé que une heure un quart ;

Malgré cela, la malade est assez choquée ; on lui fait faire du serum sous la peau et des injections d'huile camphrée. L'anesthésie est suspendue, et on continue de la façon suivante :

5° Après hémostase, on commence par fermer complètement la grande cavité péritonéale. Pour cela, on suture en avant de l'S illiaque, les deux ligaments larges conservés, en les faisant pivoter légèrement. Le rideau ainsi obtenu, est cousu à la face antérieure de l'anse sigmoïde. Comme on a eu soin de conserver des lambeaux péritonéaux aussi longs que possible, on peut aisément reconstituer ainsi tout un plancher périnéal, qui est suturé au

péritoine antérieur, et dans la cavité péritonéale ainsi reconstituée, on verse immédiatement cent grammes d'huile camphrée ;

6° On attire la portion laissée sous-péritonéale de l'S illiaque, et sur sa face antérieure, on fait une boutonnière dont les lèvres sont repérées. On fait alors passer par l'anüs une pince courbe qui vient saisir et entraîner l'un après l'autre les deux uretères avec leur collerette vésicale. On les fixe à la muqueuse, puis ils sont enfouis à deux plans par adossement du revêtement séreux de l'S illiaque, sans qu'il y ait de difficultés.

Les sutures paraissant parfaitement étanches et ne subissent aucune traction. Mais il est à remarquer que, depuis un moment, bien que la malade ait reçu six cent grammes de sérum sous la peau, les uretères ne donnent plus une goutte d'urine.

On termine rapidement l'intervention en laissant un double tamponnement qui ressort à la fois par la large brèche périnéale et par le gros trou sous-pubien que rien ne vient combler.

L'intervention étant ainsi terminée, on a l'impression très nette que si la malade résiste au choc, elle pourra avoir des suites relativement simples, car le ventre a été exactement refermé, toute la zone opératoire est parfaitement exclue, et, d'autre part, très largement drainée, le drainage étant d'une surveillance facile.

Malheureusement, sans sortir de son état de choc, la malade mourut dans l'après-midi.

L'autopsie n'a pu être faite.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

L'urètre est un conduit cylindrique qui va du col vésical à la vulve.

Il est à peu près indépendant de l'appareil génital, mais non d'une façon absolue.

Sa longueur varie entre trois et quatre centimètres et son calibre est en moyenne de sept à huit millimètres de diamètre.

De consistance assez élastique à l'état normal, il se laisse facilement dilater et la plupart du temps, on peut y introduire le doigt.

Cette élasticité disparaît à l'état pathologique. Sa direction est presque verticale quoiqu'il décrive une légère courbe.

De ce qu'il traverse un espace pelvien et le périnée, on le divise en deux segments :

Le segment intra-pelvien a une longueur de deux à trois centimètres et se trouve en rapport avec le sphincter strié qui l'entoure complètement à son origine jusqu'à ce que l'urètre s'accrole au vagin.

La section du col entraîne presque toujours l'incontinence d'urine.

Le segment périnéal qui mesure seulement un centimètre et se termine au méat, est en rapport : en avant, avec le ligament transverse ; sur les côtés, avec le muscle transverse profond du périnée ; en arrière, il fait presque corps avec la paroi antérieure du vagin.

Le méat est un orifice arrondi de trois à quatre millimètres de diamètre, qui est tantôt saillant, tantôt déprimé.

Nous terminerons ce court exposé par quelques mots sur la constitution anatomique de l'urètre.

On lui reconnaît trois tuniques concentriques, une tunique musculuse formée de deux plans de fibres, les unes internes et longitudinales, les autres externes et circulaires ; une tunique sous-muqueuse, formée de tissu cellulaire très lâche et très vascularisé, glissant facilement sur l'autre et créant ainsi le prolapsus ; enfin une muqueuse très élastique et résistante, de couleur blanc rosé et parsemée de glandes et de follicules.

Les vaginales pour la portion pelvienne et la honteuse interne pour la portion périnéale constituent les artères de l'urètre.

Les lymphatiques urétraux vont aux ganglions hypogastriques et aux ganglions inguinaux.

L'urètre reçoit son innervation du plexus hypogastrique et du honteux interne.

DÉFINITION ET ETIOLOGIE

Si l'on considère uniquement l'épithélioma primitif de l'urètre on doit le définir : « une néoplasie carcinomateuse ayant son origine première dans les proliférations atypiques de l'épithélium de revêtement de l'urètre ou de ses glandules. — Tout autre cancer dont l'origine vient de la vulve ou du vagin est secondaire. — Comme nous l'avons dit plus haut, cette affection est rare. — Les observations citées jusqu'à nos jours sont au nombre de soixante-quinze environ.

A part l'influence de l'âge et les affections antérieures de l'urètre, l'étiologie en est très obscure.

C'est après la ménopause en général qu'on la rencontre le plus souvent ; le cas dont nous rapportons l'observation ne rentre pas, dans cette catégorie, puisque notre malade était encore réglée.

L'hérédité ne semble pas jouer un rôle bien important.

L'accouchement et les grossesses répétées ont été incriminés. — Cependant il semble qu'on ne puisse accorder beaucoup d'importance à ce fait, puisque parmi les observations citées jusqu'à nos jours, il y a beaucoup de nullipares, puisque d'autre part, le cancer de l'urètre est rare et que les accouchements sont encore fréquents. Notre malade n'avait pas eu d'enfants.

Il semble qu'un rôle plus important dans l'étiologie soit dévolu aux inflammations chroniques des régions vulvo-vaginale et vestibulaire. — Les plaques de ces inflammations peuvent se transformer fréquemment en épithélioma ; sous l'influence de l'inflammation chronique, l'épithélium peut arriver par des lésions intermédiaires au cancroïde.

La blennorrhagie chronique a été imputée comme point de départ de l'épithélioma de l'urètre. — Nous ne pouvons affirmer ce fait, car dans beaucoup d'observations la blennorrhagie n'était pas en cause. — La leucophasie vulvaire et les tumeurs bénignes de la région semblent jouer un rôle important dans l'étiologie du cancer de l'urètre.

La leucorrhée, les calculs vésicaux, les syphilides, les ulcères, le lupus vulvaire sont autant de causes qui peuvent prédisposer à l'épithélioma.

Nous accorderions plus d'importance à la syphilis, comme dans l'étiologie de tous les néoplasmes ; notre malade était syphilitique.

Nous nous écarterions de notre sujet si nous

faisons ici des considérations anatomo-pathologiques sur les leucoplasies et les leuco-kératoses.

Qu'il nous suffise de dire avec English que les deux causes principales en jeu sont : « la prédisposition certaine et l'action de l'irritation chronique ». — Le néoplasme trouverait son origine dans des vestiges embryonnaires, ou dans une transformation directe des cellules épithéliales en cellules cancéreuses. — Le traumatisme et l'inflammation chronique en seraient les causes principales.

Les tumeurs bénignes chez la femme se transforment fréquemment en tumeurs malignes. — On pourrait ainsi trouver le point de départ du néoplasme dans les caroncules de l'urètre, les polypes urétraux qui font souvent saillie en dehors du méat, mais ce ne serait là qu'une cause prédisposante. Quant au siège du cancer il varie suivant que son point de départ est dans la muqueuse urétrale ou dans la muqueuse vulvaire.

C'est Ehrendorter qui le premier a divisé les cancers urétraux en urétraux, proprement dits, et en vulvo ou para-urétraux. — Ces derniers prendraient naissance dans l'épithélium pavimenteux stratifié qui tapisse le tour de l'orifice externe du méat, envahiraient le tissu péri-urétral, et attaqueraient enfin l'urètre lui-même. — Ce sont les plus fréquents. Sur cinquante-trois cas signalés par Karaki on en trouve dix-neuf urétraux proprement dits et trente-quatre vulvo-urétraux.

Le plus souvent c'est la paroi inférieure de l'urètre qui est atteinte. Ceci est sans doute dû à ce que l'épithélioma se développe de préférence sur la zone de transition qui existe entre l'épithélium urétral et l'épithélium vestibulaire. Dans le cas particulier que nous envisageons ici, on pourrait croire que le point de départ de l'épithélium fut une ulcération syphilitique de l'urètre ou du méat.

Nous croirions plutôt à la seule influence favorisante de la diathèse.

A côté de ces formes, il y a des formes totales, dans lesquelles, soit d'emblée, soit secondairement, tout le canal est pris ; dans ces cas, il est dur, infiltré, comme injecté au suif. La muqueuse est sphacelée et blanchâtre. Notre fait est un exemple typique.

SYMPTOMATOLOGIE

Il est très rare que les malades soient vues au début de l'affection, qui est insidieuse et dont les prodromes n'existent pas ou sont peu accusés. Ce sont généralement des malades âgées et se souciant peu de leurs organes génitaux.

Ce qui frappe d'abord, c'est la diminution du calibre et de la puissance du jet d'urine, indiquant un rétrécissement du canal de l'urètre, très rarement produit par une autre cause chez la femme.

Puis apparaît la douleur, faible d'abord, mais devenant, au bout de peu de temps, très vive, et s'irradiant dans les membres inférieurs. Elle devient encore plus aigüe au moment des mictions. La malade craint d'uriner et se retient volontairement pour éviter de trop souffrir. Mais surtout, il existe de bonne heure des mictions sanguinolentes, et si la malade est encore réglée, ces urétrorragies sont souvent confondues. Dans le cas que nous publions, la malade s'était renseignée elle-même sur l'origine du sang, et avait constaté qu'il ne venait

pas du vagin. Ces urétrorragies apparaissent aussi à l'occasion d'un cathétérisme.

La station assise est douloureuse, ainsi que le coït, surtout dans les formes vulvo-urétrales. Signalons enfin le suintement purulent et d'odeur fétide qui s'effectue dans l'intervalle des mictions.

Les symptômes que nous venons d'énumérer sont, on le voit, peu caractéristiques. Ils indiquent surtout un rétrécissement du canal de l'urètre.

L'examen direct décèle une petite tumeur siégeant au bord inférieur du méat de préférence. Le toucher vaginal nous renseigne d'une façon plus précise. Si la tumeur ne siège pas au méat, on perçoit, tout le long de la partie inférieure de l'urètre, une induration dont on peut délimiter les contours. Cette induration est parfois si considérable, que si l'on pratique le toucher combiné avec le cathétérisme, on ne perçoit pas la sensation produite ordinairement par la sonde. Le pourtour de l'urètre semble comme injecté au suif.

D'ailleurs, tout cathétérisme est toujours suivi d'une hémorragie. Il est ordinairement pénible et douloureux.

En résumé, la douleur, le rétrécissement, les urétrorragies, l'écoulement ichoreux, l'existence d'une petite tumeur au méat, l'induration particulière perçue au toucher, sont les principaux symptômes fournis par le cancer de l'urètre.

Joignons à cela un état général, la perte de l'appétit et des forces, un amaigrissement assez rapide et la teinte jaune des téguments, spéciale à la cachexie cancéreuse.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'épithélioma de l'urètre est délicat. Ce qui doit attirer en premier lieu notre attention, ce sont les douleurs à la miction et les hémorragies. La douleur existe certainement dans les tumeurs bénignes, mais elle est moins aiguë.

Si l'épithélioma est vulvo-urétral, il peut être confondu avec les tumeurs bénignes de l'orifice de l'urètre, telles que les papillômes, les polypes vasculaires ou folliculaires.

Ces derniers siègent ordinairement à la partie inférieure du méat urinaire. Ils sont multiples, mous, saignants, se tendent sous l'influence de la marche, des efforts, de la menstruation et récidivent souvent au même point. Pour assurer notre diagnostic, il vaudra mieux faire l'examen histologique, car des tumeurs bénignes de l'urètre chez la femme sont souvent le point de départ de tumeurs malignes.

L'épithélioma de l'urètre se différencie du

chancre syphilitique par la pléiade ganglionnaire caractéristique. Le chancre simple, au contraire, sera souvent accompagné d'adénite suppurée. Nous empruntons à Fournier, la description de la différence entre le chancre induré et le cancer de l'urètre chez la femme :

« Lorsque le chancre siège exactement sur le
« méat en se prolongeant ou non dans l'urètre,
« l'orifice du canal se présente boursoufflé, déformé,
« béant, rouge, saignant à la pression et offrant
« au toucher une induration circonscrite des plus
« accentuées. Il faut vraiment se laisser donner le
« change et ne pas être tenté de rapporter une
« telle lésion à une production maligne, à un
« épithélioma ».

Malgré ces données, nous pouvons juger facilement des difficultés qui surgissent pour établir un diagnostic différentiel net, entre la syphilis et l'épithélioma.

L'erreur est facile chez la femme âgée surtout. L'existence d'un bubon satellite, et l'absence du suintement ichoreux sont surtout caractéristiques du cancer syphilitique. — L'induration cancéreuse est plus étendue, moins dure et moins résistante que l'induration syphilitique. L'adénopathie est très tardive dans la néoplasme. Enfin, le chancre syphilitique tend à la cicatrisation après quelques semaines.

Le chancre non phagédénique est rarement isolé. Avec lui, il y a souvent de la suppuration ganglionnaire.

On peut confondre l'épithélioma de l'urètre avec

les ulcérations syphilitiques tertiaires. Suivant Mac-Murtry, on pourra éviter cette confusion par les commémoratifs, l'absence d'urétrorrhagies et l'action du traitement qui favorise la cicatrisation. Mais ceci n'est pas aussi simple en pratique qu'en théorie.

Dans notre cas, nous avons vu que le traitement mixte avait fait diminuer l'ulcération pendant un certain temps. La malade était certainement syphilitique ; elle avait, deux ans auparavant, suivi un traitement spécifique pour accidents de l'arrière-gorge.

Nous n'osons pas l'affirmer, notre humble compétence ne nous le permet pas, mais il nous semble qu'il y a eu là une association de l'épithélioma et de la syphilis et que le premier s'est en quelque sorte greffé sur la seconde. Il se produirait un phénomène semblable à celui qui se passe pour le cancer de la langue, dans lequel on trouve la plupart du temps une origine syphilitique,

Quant aux ulcérations tuberculeuses elles se reconnaissent à leurs bords violacés et déchiquetés, leur fond granuleux.

Le sarcome se reconnaît par la lenteur de l'évolution et de l'envahissement ganglionnaire, et par le retentissement moindre sur l'état général.

Le fibrôme, s'il est ulcéré, a une ulcération toujours superficielle, et les bords de cette ulcération sont réguliers et non indures.

Le diagnostic d'épithélioma de l'urètre étant posé, il ne nous restera plus qu'à connaître à quel genre de tumeur nous avons à faire.

L'épithélioma est-il urétral, proprement dit, ou

para-urétral ? Si la tumeur a son siège uniquement dans l'urètre, les hémorragies, l'écoulement ichoreux et les troubles de la miction sont les principaux symptômes : dans ce cas le cathétérisme combiné au toucher vaginal permet seul de percevoir la tumeur.

En général, on peut dire, que les cancers urétraux proprement dits, ont une évolution presque insidieuse et aboutissent sans trop de douleurs à la rétention d'urine et à la distension vésicale. Les cancers para-urétraux se caractérisent surtout par la tumeur, les douleurs et les hémorragies : — Quoiqu'il en soit, la plupart du temps, dans les deux cas, les malades viennent consulter pour rétention d'urine.

PRONOSTIC

Comme pour tous les épithéliomas en général, le pronostic de cette affection est toujours grave, Abandonné à lui-même, il évolue et mène fatalement à la mort, qui survient en moyenne entre six et douze mois.

Le pronostic dépend de l'extension du néoplasme. Nous verrons dans le chapitre concernant le traitement, que l'intervention varie suivant l'importance du néoplasme.

L'âge du sujet et son état général font varier le pronostic. L'âge influe sur l'épithélioma de l'urètre, comme sur les autres tumeurs malignes de l'organisme, et nous savons que la malignité est d'autant plus marquée, que le sujet est plus jeune.

L'infection ganglionnaire assombrit encore le pronostic, de même que l'apparition d'une maladie intercurrente.

Le pronostic est amélioré par l'intervention chirurgicale. Cependant, dans les cas signalés de succès, la récurrence est fréquente, et presque tous ont présenté de l'incontinence d'urine.

TRAITEMENT

Le traitement est purement opératoire.

L'intervention doit varier avec l'extension du néoplasme. Nous pouvons dès à présent envisager deux cas, suivant que le cancer est partiel ou total.

1^{er} Cas. — *Le cancer est partiel.* — Dans ce cas, on emploie le procédé de Melchiori et Ribieri. On enlève la portion de l'urètre infiltrée par le néoplasme et cette ablation est facile. On place d'abord une sonde dans l'urètre, puis on fait une incision semi-circulaire qui circonscrit sa face supérieure. On décolle l'urètre et on le sectionne en tissu sain. Péan et Winckel perfectionnèrent cette méthode en suturant la muqueuse du reste de l'urètre à la muqueuse vestibulaire. La grande laxité du tissu cellulaire péri-urétral permet facilement cette suture.

Un procédé décrit par Legueu et Duval en 1903, dans les cas où le néoplasme n'a que un centimètre de long, consiste à amputer la portion de l'urètre

envahi et terminer l'opération par une urétrostomie vaginale.

2^{me} Cas. — *Le Cancer est total.* — Dans ce cas, nous pouvons distinguer deux éventualités toutes différentes :

Ou bien le cancer est encore limité à l'urètre ou bien le vagin est envahi.

A. — Dans ce cas, l'ablation doit être faite par voie périnéale. On dissèque l'urètre en totalité suivant la technique de Legueu en remontant jusqu'au niveau du col vésical. — Lorsqu'on est arrivée dans la zone vésicale en s'aidant d'une sonde mise dans la vessie on coupe le col en tissu sain et l'urètre est enlevé en totalité ; puis l'orifice vésical est suturé à la paroi vaginale antérieure de façon à faire une fistule vésico-vaginale. La zone sous-urétrale est tamponnée et dans un temps ultérieur on pratique une col-pocleisis. On pourrait encore terminer l'intervention par un méat sus-pubien en suturant le col par voie haute. Nous aurions peur, en pareil cas, d'exposer la malade aux inconvénients d'une double fistule.

B. — *Le Vagin est envahi.* — L'envahissement de la paroi vaginale est considéré comme une contre-indication opératoire. Nous pensons, cependant que si l'état général est encore bon, si l'envahissement n'est pas par trop étendu, s'il n'y a pas trop de ganglions, on doit faire bénéficier ces malades de l'opération qui est leur seule chance de salut, quand bien même l'opé-

ration devrait être pour cela extrêmement étendue. Il vaut mieux, si la malade y consent, après l'exposé de la situation, risquer le tout pour le tout, étant donné le lamentable avenir de pareilles malades.

Il reste à déterminer comment dans le cas particulier, doit être conduite l'opération. La première chose à faire est de reconnaître l'état de la zone inter-uretérale ; pour cela, il faut recourir à la cystoscopie. Si elle montre que les orifices urétéraux sont encore sains, (ce qui doit être le cas habituel), l'intervention devra garder la zone vésicale inter-urétérique, sinon, malgré tous les inconvénients des abouchements vésicaux faits sans collerète vésicale, on devrait aller sectionner les urètres dans le ligament large, et enlever leur zone vésicale en masse avec la vessie. L'intervention en serait, du reste, facilitée.

Voyons comment doit être conduite l'opération.

Puisque le vagin ne peut être utilisé, et qu'il faut le supprimer on doit également enlever l'utérus ; il faudra donc passer par la voie abdominale et s'efforcer d'enlever en bloc la vessie, l'urètre, l'utérus et le vagin.

Au premier abord, cela peut paraître exagéré comme intervention. Si l'on veut cependant réfléchir un instant à ce qui a été préconisé récemment par Monsieur le professeur Pollosson, pour des cancers de l'utérus propagés à la vessie (4^{me} Congrès de Gynécologie et de Pédiatrie, Toulouse 1910) ; à ce

qui a été proposé et exécuté par Messieurs Albertin, Tixier et Gouilloud, pour le cancer du rectum (*Lyon Chirurgical*, février 1914), on verra que l'intervention large est parfaitement légitime.

Pour faciliter l'ablation de l'uretère et du vagin, il nous semble utile de commencer l'opération par la voie basse.

Dans un premier temps, la malade étant en position de chirurgie vaginale, on fera un décollement urétro-vaginal, en incisant au niveau du vestibule. Le décollement se fera d'abord en avant; l'uretère étant très rapproché de la symphyse, c'est au ras de celle-ci qu'il faut aller. En gardant exactement le contact osseux, le décollement se fait assez facilement, sans hémorragie. Les veines connues sous le nom de Plexus de Santorini, ne donnent pas lieu à une hémorragie trop abondante; on en aurait d'ailleurs vite raison par un tamponnement qui serait laissé en place pendant l'exécution des temps suivants. Ceux-ci comprennent les attaches latérales du vagin jusqu'au-dessus du releveur et en arrière dans l'espace vagino-rectal, jusqu'au cul-de-sac de Douglas.

Ceci fait, la malade est remise en position de Troendeleuburg, et après un dernier badigeonnage iodé, la laparotomie est pratiquée. Une fois le ventre garni de compresses, on sectionne les ligaments larges au ras de l'utérus. Nous croyons préférable de ne pas enlever les annexes, de façon à garder deux grands lambeaux péritonéaux, qui seront très utiles pour fermer ensuite la cavité péritonéale.

Les ligaments ronds étant coupés, on fait une collerette vésicale de péritoine à convexité postérieure; le péritoine se laisse décoller aisément jusqu'à l'espace de Retzius, et l'on vient alors dans l'espace pré-vésical, sectionner les ligaments pubo-vésicaux. La main va rejoindre le décollement fait par voie basse, puis, contourne sur l'une des faces latérales en dedans du releveur, et vient alors buter contre la base du ligament large.

On isole à ce moment l'utérine très bas, on la coupe; s'il est nécessaire, on met des ligatures sur les artères vésicales qui s'en échappent et l'on procède de même pour le côté opposé.

A ce moment, la vessie et l'urètre sont complètement libérés et ne tiennent plus que par les attaches vaginales postérieures. Pour bien libérer celles-ci, il n'y a qu'à faire tirer fortement l'utérus en avant et sectionner les ligaments utéro-sacrés, à inciser le cul-de-sac de Douglas et à libérer de proche en proche sur la partie postérieure et latérale jusqu'à la rencontre de la brèche créée par voie périnéale.

D'une façon schématique, à ce moment, tout le bloc génito-vésical ne tient plus que par les uretères. Si l'on doit leur conserver une collerette vésicale, il faut alors ouvrir la vessie et aller repérer leurs deux mamelons. On place dans chacun de ceux-ci une sonde urétérale et la collerette vésicale est disséquée au ciseau. On le fait passer par la brèche vésicale et la masse est enlevée.

Dans l'observation que nous rapportons, ce plan a été suivi assez régulièrement et malgré les

difficultés apportées par l'existence d'une cystostomie antérieure, l'intervention n'a pas paru particulièrement difficile. En tous cas, la perte de sang a été très peu considérable.

Il ne reste plus, à ce moment, qu'à faire l'abouchement des uretères — Où faut-il le faire ? — On peut le mettre à la peau. C'est évidemment le mode d'abouchement qui paraît avoir le plus de succès, mais qui a le grand inconvénient de créer une fistule gênante. Suivant Verrhogen, on pourrait les aboucher dans le cœcum. C'est une opération très longue surtout après l'intervention antérieure.

Enfin, on peut les faire arriver à l'S illiaque. On pourrait comme l'a préconisé Albarran, lier les deux uretères et faire une double néphrostomie. Dans notre cas, l'idée d'une double néphrostomie fut bien discutée mais c'est une intervention difficile à faire accepter aux malades. Ceux-ci ne se rendent ordinairement pas compte des difficultés d'une détermination. D'autre part, il serait facile de faire accepter cette opération à un malade atteint d'extrophie vésicale, qui a toujours perdu ses urines et qui préfère l'application d'un appareil au niveau de ses reins. Tandis que dans le cas que nous considérons cette détermination est plus difficile à faire accepter.

C'est pour cela que M. Leriche après quelques hésitations s'est décidé pour l'implantation sigmoïdienne. Peut-être, serait-il préférable, dans un cas semblable, d'opérer en deux temps, ou de dériver le cours des urines provisoirement,

Lorsqu'on opère en un temps, avant l'abouchement, il faut fermer la cavité péritonéale. Pour cela on pratique la suture des deux ligaments larges en avant du rectum, au rectum lui-même et au lambeau du péritoine pré-vésical conservé. Dans notre observation, le cloisonnement était absolument étanche et on a pu verser cent grammes d'huile camphrée sans en voir couler une goutte dans le petit bassin. — Ce cloisonnement est une partie capitale de l'intervention, car il permet d'éviter à coup sûr l'infection péritonéale.

Reste à faire l'implantation uretéro-sigmoïdienne. — On fait sur la face antérieure de l'S illiaque une boutonnière, et on en repère les lèvres. — Une pince courbe est alors introduite dans l'anus et vient saisir et entraîner dans la boutonnière, les deux uretères munis de leur collerette vésicale. On les fixe à la muqueuse et ils sont enfouis à deux plans par adossement du revêtement séreux de l'intestin ressemblant ainsi à deux drains à pavillons, ou à deux sondes de Pezzer.

L'intervention est terminée en établissant un tamponnement périnéal et sus-pubien.

Cette intervention est évidemment très considérable, mais on conçoit facilement que si le choc opératoire est peu important elle puisse être suivie de succès, et c'est à l'avenir qu'il appartient de répondre,

CONCLUSIONS

Il existe, à côté des cancers localisés de l'urètre féminin (type vulvaire et type urétral), un cancer total, qui détruit tout le canal du méat au col vésical.

Malgré son extension, cette forme est justiciable de l'intervention.

Si le cancer est localisé à l'urètre, on fera, par voie périnéale, une urétrectomie totale, suivie de fistulisation vésico-vaginale et d'une colpocleisis.

Si le cancer a envahi le vagin et que celui-ci doive être sacrifié, on peut encore tenter l'ablation, en opérant par voie abdomino-périnéale.

Le premier temps périnéal consiste à décoller jusqu'au dessus des releveurs l'urètre et le vagin.

Le temps abdominal, qui doit libérer d'abord l'utérus et la vessie, et se terminer par une implantation

uretéro-intestinale, doit être conduit de façon à ménager de grands lambeaux péritonéaux qui permettront la fermeture de la grande séreuse et l'exclusion de la zone opératoire.

Nous rapportons une observation inédite où ce programme fut exécuté.

VU :

Le Président de la Thèse,

ROCHET.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 mars 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Médecine opératoire des voies urinaires.
- AUVRAY. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Soc. Anat. Paris 1904.
- BATTLE. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Lancet 1895 et 1901.
- BOURSIER. — Deux cas de cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Journ. Méd. de Bordeaux, 1908.
- BROTHERS. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. — The Amer. Journ. of. Obst., 1902.
- DEVÈZE. — Cancer primitif de l'urètre. — Montpellier. Méd., 1905.
- DUNN. — Cancer de l'urètre chez la femme, traité par Cystostomie sus-pubienne. Excision de l'urètre et de la vessie. Clôture de la vessie conservée. — Ann. surg., Philadelphie, 1894.
- EHRENDORFER. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Arch. Gynéc., 1904, T. LXVIII, p. 489,

- GAYET. — Cancer de l'urètre. — Lyon, Méd., 1901.
- HARTMANN. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Ann. Gynéc., 1896.
- YASUKO-KARAKI. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Zeit. Gynéc., 1907. C. xi.
- LAHAYE. — De l'épithélioma de l'urètre chez la femme. — Th. de Paris, 1888.
- LEFÈVRE. — Cancer de l'urètre chez la femme. — Soc. Anat. de Bordeaux, 1906.
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie, 1910.
- LEGUEU et DUVAL. — Ablation de l'urètre antérieur chez la femme, avec urétrostomie vaginale. — Ann. des Org. Gén.-ur., 1903.
- LEJARS. — Les abcès sous-urétraux chez la femme. Sem. Méd., 1908.
- MATHEWS. — Néoplasme de l'urètre chez la femme. — Chicago. Méd. Times, 1900.
- MAC-MURTRY. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Ann. of. surg., 1908.
- NADAL. — Epithelioma du tiers inférieur de l'urètre chez la femme. — Journ. Méd. de Bordeaux, 1909.
- PETERSEN. — Cancer de l'urètre chez la femme. — Ann. Gyn., fév. 1903.
- POUSSON. — Précis des maladies des voies urinaires.
- SCHRAMM. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Arch. f. Gynéc., 1899.
- SERPH. — Le cancer du méat chez la femme. — Th. de Bordeaux, 1901.

SOLLIER. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Th. de Paris, 1889.

TESTUT et JACOB. — Anatomie Topographique.

HIRMAN VINEBERG. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Ann. of. Surg, 1902.

WASSERMANN. — Epithélioma primitif de l'urètre. — Th. de Paris, 1895.

WIESINGER. — Création d'une fistule de Witzel dans la vessie, cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Centralb. f. Chir., 1894.

ZETTLER. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. — Inaug. diss. Würzburg, 1900.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION ET DIVISION.	9
HISTORIQUE	11
OBSERVATION	13
CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.	20
DÉFINITION ET ÉTIOLOGIE.	22
SYMPTOMATOLOGIE.	26
DIAGNOSTIC	28
PRONOSTIC.	32
TRAITEMENT	33
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43
